



Antrag auf Landesblindenhilfe

nach dem baden-württembergischen Gesetz über die Landesblindenhilfe

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten im Sinne des § 3 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrags erforderlich. Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Nachweise beigefügt sind. Werden Angaben verweigert oder unvollständig oder unrichtig angegeben, kann dies eine Ablehnung zur Folge haben. Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren, einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet.

1. Antragsteller / Blinder

Herr Frau _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet _____

Wohnort, Straße _____

Telefon _____

Staatsangehörigkeit deutsch _____ (bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Name der Krankenversicherung _____

Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters _____

2. gewöhnlicher Aufenthalt (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)

wie oben _____

Es handelt sich hierbei um

eine private Unterkunft

ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung

eine Wohnform des betreuten Wohnens; der gewöhnliche Aufenthalt war vorher _____

3. Bankverbindung

IBAN _____

Name der Bank _____

Kontoinhaber Antragsteller _____

4. Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt?

- ja (bitte Kopien der Vorder- und Rückseite beifügen)
- nein der Antrag wurde/wird am _____ gestellt

5. Vertretung / Vollmacht / Betreuung

Name _____ Vorname _____

Wohnort, Straße _____

Telefon _____

(bitte Nachweis beifügen)

6. Besteht für die blinde Person **Freiheitsentzug** oder **Sicherungsverwahrung** oder ist auf Grund eines richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?

ja nein

7. Unterbringung in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung (z.B. besondere Wohnform)

- eine Heimunterbringung besteht nicht und ist auch nicht geplant
- eine Heimunterbringung ist geplant ab _____ in _____
- eine Heimunterbringung besteht seit _____ in _____

Name und Adresse des Heimes

Der gewöhnliche Aufenthalt war vorher in _____

Die Heimkosten betragen monatlich _____ EUR

Diese Kosten werden getragen von

- der blinden Person selbst in Höhe von _____ EUR

- der Pflegeversicherung, dem Sozialamt in Höhe von _____ EUR

- _____ in Höhe von _____ EUR

- es besteht ein Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes

8. Tätigkeit / Situation des Blinden

- Kindergarten, Schule
- Berufsausbildung / Beschäftigung bei _____
- Bezug einer Rente / Pension
- _____

9. Ursache der Sehbehinderung / Blindheit

- Erkrankung
- angeborene Sehbehinderung
- Arbeitsunfall / Verkehrsunfall / sonstiger Unfall oder eine strafbare Handlung
- Gewalttat / Kriegsschaden / Wehrdienst- bzw. Zivildienstschaden / Impfschaden
- _____

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) von der Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Werden solche Leistungen bereits gewährt?
(wenn ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)

ja nein

Wurde die Bewilligung dieser Leistungen abgelehnt?
(wenn ja, bitte Kopie des Ablehnungsbescheides beifügen)

ja nein

Sind Leistungen beantragt und noch nicht entschieden?

ja nein

11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Leistungen der gesetzlichen oder einer privaten Unfallversicherung oder einer Haftpflichtversicherung

ja nein

Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz

ja nein

Pflegegeld zu einer österreichischen Pensionsversicherung

ja nein

Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) aufgrund einer gesundheitlichen Schädigung, die durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist: Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes, Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

ja nein

Andere Leistungen wegen Blindheit _____

ja nein

12. Ergänzende Angaben / Bemerkungen

Erklärung zu den Angaben im Antrag und zur Mitwirkungspflicht

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für den Anspruch auf Blindenhilfe maßgeblich sind – insbesondere Augenoperationen, Änderungen der Sehfähigkeit, Änderungen des Aufenthaltsortes bzw. Heimaufnahme oder den Erhalt von Pflegeleistungen – unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Es ist mir bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben die Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen nach sich ziehen kann.

Rückzahlungsregelung und Bankauftrag

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 (3) und (4) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten die Blindenhilfefzahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an das Landratsamt zurück zu überweisen, wenn dieses sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Landratsamt ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei. Dieser Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden.

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und den Behörden nach § 69 Sozialgesetzbuch IX sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des medizinischen Dienstes (MDK) zur Klärung des Blindenhilfeanspruchs und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht. Der Übermittlung von Daten an das Landratsamt stimme ich zu.

Datum und Unterschrift

des Antragstellers des Bevollmächtigten / Betreuers _____

Der Antrag kann über das Bürgermeisteramt eingereicht oder direkt an das Landratsamt gesendet werden.

Landratsamt Hohenlohekreis
Sozial- und Versorgungsamt
Allee 17
74653 Künzelsau